

## 後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		氏 名			
生年月日	年 月 日	性別		電話番号	

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か	
受けられる	(制度名ー ) (費用徴収の 有 ・ 無)
受けられない	

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は( )内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 共同組合 ( )	本 店 ・ 支 店 ( )	預 金 種 別	普 通 当 座  ( )
口座番号等 左詰記載してください				
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

<p>長崎県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。</p> <p>あわせて、返納等が生じた場合、次回以降の支給分で調整する事に同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>	
---	--